

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE 648 N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

David KRAFT

Né le 5 Octobre 1910, à Andrasfalva (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
MANIFESTATIONS OCULAIRES
DU
MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

Président : M. TERRIEN, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

David KRAFT

Né le 5 Octobre 1910, à Andrasfalva (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
MANIFESTATIONS OCULAIRES
DU
MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

Président : M. TERRIEN, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

David KRAFT

Né le 5 Octobre 1910, à Andrasfalva (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MANIFESTATIONS OCULAIRES

DU

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

Président : M. TERRIEN, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPEP.
Clinique médicale	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologique	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) .	Pathologie médicale.
BERNARD Étienne	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.) ..	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD.....	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON.....	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD.....	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET.	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.

MM.

LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL ...	Obstétrique.
LAROCHE (Guy) .	Pathologie médicale.
LAVIER.....	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimental.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI .	Neurologie et Psychiatrie
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHER	Physiologie.
SÉNÈQUE.....	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS...	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER.....	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
SCHWARTZ.....	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER.....	
PASTEUR - VALLERY - RADOT.....			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MA BELLE-SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES AMIS ET AUX MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. TERRIEN

Professeur de Clinique Ophtalmologique à la Faculté
de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Qu'il trouve ici l'hommage de notre
profonde reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. VELTER

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Ophtalmologiste de l'Hôpital Saint-Antoine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous accueillir
dans son service et qui nous a fait bé-
néficiaire de son excellent enseignement.
En témoignage de notre profonde re-
connaissance et de notre respectueux
dévouement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. POLACK

Professeur à l'Institut d'Optique de Paris
Chef de service à la Fondation ophtalmologique de Rothschild
Chevalier de la Légion d'Honneur

*En reconnaissance pour la bien-
veillance qu'il a eue à mon égard.*

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. MAWAS

Directeur du Laboratoire à l'École des Hautes Études
au Collège de France

Directeur scientifique de la Fondation ophtalmologique de Rothschild
Officier de la Légion d'Honneur

*En reconnaissance de la sympathie
et de l'intérêt qu'il nous a montrés.
Respectueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. JOSEPH

Chef de Clinique ophtalmologique de la Faculté
de Médecine de Paris

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et qui a guidé nos premiers pas
en ophtalmologie.*

*Qu'il trouve ici l'expression de notre
affectueux dévouement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR OFFRET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Nous le prions de trouver ici l'assurance de la gratitude que nous lui gardons.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUPERRAT

Chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE ROUEN

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

A MES MAITRES A LA FONDATION
OPHTALMOLOGIQUE DE ROTHSCHILD

INTRODUCTION

Les manifestations cutanées palpébrales du molluscum contagiosum sont bien connues depuis longtemps. Par contre les manifestations à proprement parler oculaires (conjonctivales, kérato-conjonctivales) sont beaucoup moins connues.

Ayant eu l'occasion d'en observer récemment un cas il nous a semblé intéressant de reprendre l'étude générale de cette affection.

Nous rappellerons d'abord, les manifestations du molluscum contagiosum telles qu'il est courant de les observer au niveau de la peau, les discussions étiologiques auxquelles il a donné lieu, pour insister surtout dans une deuxième partie sur les manifestations proprement oculaires de cette affection.

LE MOLLUSCUM CONTAGIOSUM CUTANÉ

On désigne, sous ce nom, dû à BATEMAN (1817) préférable à celui d'acné varioliforme de BAZIN, de molluscum sébacé de Hébran, d'épithélioma contagiosum de Neisser, de petites tumeurs de la peau.

Peu importantes en clinique, par leur bénignité absolue, ces tumeurs sont intéressantes par leur contagiosité et les discussions sur leur nature auxquelles a donné lieu leur agent causal.

On l'observe surtout chez les enfants et chez les jeunes sujets des deux sexes. Les individus à peau fine paraissent particulièrement prédisposés.

Cliniquement, l'élément adulte de molluscum se présente sous forme de petites élevures, globuleuses, perlées, des dimensions d'une tête d'épingle à celles d'un grain de millet ou d'un pois. Sa coloration est d'un blanc laiteux opalin.

Quand l'élément est de petite dimension (tête d'épingle) il est à peu près hémisphérique. Plus gros, il a souvent la forme d'un godet enchassé dans la peau. Il est tendu, résistant au doigt.

Le molluscum contagiosum est complètement

indolore, cependant, quand il existe en grand nombre, et surtout quand il siège aux parties génitales, il peut provoquer du prurit et s'enflammer secondairement. Au sommet de l'élément adulte, on aperçoit une dépression cupuliforme plus ou moins marquée, l'ombilic qui ne manque jamais dans l'élément typique, mais qui est difficilement perceptible, ou fait défaut si l'élément est jeune.

Son fond est occupé par une masse grisâtre, pâteuse, ou friable, qu'une pression un peu forte sur les parois de l'élément énuclée facilement de l'ombilic.

Examinée au microscope, on voit que cette matière est constituée par des cellules épidermiques cornées, des globules et des cristaux de graisse et des corpuscules ovoïdes et réfringents, décrits par HENDERSEN et PATERSON (1841). Ces auteurs les ont appelés corpuscules ou grains de molluscum. A son pourtour, la peau ne présente aucune trace d'inflammation.

Ses sièges d'élection sont la face, en particulier le front et les paupières, puis par ordre de fréquence, la région génitale et son pourtour, la région périanale, cervicale, mais aussi n'importe quelle partie du revêtement cutané.

L'élément de molluscum contagiosum est rarement unique, le plus souvent l'éruption est composée de groupes discrets de 4 à 5 éléments ou davantage, quelquefois de véritables nappes confluentes d'éléments de taille différente.

On a pu exceptionnellement noter un à deux milliers d'éléments, répandus sur la presque totalité du corps. Dans quelques observations de molluscum contagiosum généralisé, GEBER, VIDAL et KAPOSI ont décrit à côté d'éléments isolés et d'aspect habituel des masses tumorales, de consistance mollesse, de la grosseur d'une noisette ou d'une amande, constituées par des éléments déformés et atypiques.

Les éléments formés d'une conglomération de molluscum peuvent acquérir des proportions considérables et prendre l'apparence de véritables tumeurs. Ils tendent alors à se pédiculiser. Quelquefois au contraire leur volume est des plus réduits. ABRAHAM dit avoir observé sur les faces palmaires et dorsales des mains, une série de petits grains transparents, incrustés dans la peau et sans aucun relief. Dans un autre cas, ils étaient ageminés formant au cou un placard brunâtre, rugueux, squameux, à peine saillant, ressemblant à première vue à un eczéma chronique. Le diagnostic était possible, parce qu'il existait à distance, quelques éléments de molluscum typique qu'on a pu également voir chez la sœur de cette malade.

De même WITFIELD, a relevé trois cas superposables qu'ils proposa d'appeler « molluscum contagiosum miliaire ».

RAVAUT, GATÉ ont observé des cas semblables.

On rencontre parfois des groupes d'éléments minuscules, non ombiliqués, persistant pendant plusieurs semaines sans changement.

Peut-être ces formes miliaires ne sont elles que des formes jeunes, car elles ressemblent aux grains non ombiliqués, décrits par WILE et KINGERY et qui représentent le premier stade de leurs molluscum expérimentaux ; ou encore des formes retardées ou à évolution incomplète.

En général au contraire les éléments du molluscum s'accroissent lentement et irrégulièrement. Arrivé à maturité, il reste stationnaire n'ayant aucune tendance à regresser ou à disparaître. Parfois le contenu de la petite tumeur s'infecte, se liquéfie, et s'évacue. Il persiste une minuscule cicatrice de cette guérison spontanée.

L'évolution se fait par poussées successives. Le développement semble être plus facile dans les régions humides ou excoriées.

Le *diagnostic* est très facile dans les formes typiques, dans les formes non évidentes, il sera souvent facilité par la présence de quelques éléments typiques à leur voisinage. Dans de tels cas, il suffit de penser à énucléer la petite tumeur, à examiner son contenu pour distinguer le molluscum des grains de milium, des petites verrues planes, des petits kystes, des adénomes sébacées, et lorsqu'il siège à la région génitale, des végétations miliaires acuminiées.

Étude histologique

Histologiquement, l'aspect est très caractéristique.

A un faible grossissement, la tumeur de molluscum apparaît comme une petite poche épithéliale, dont la paroi fait suite à l'épiderme de voisinage et dont le fond s'invagine dans le tissu sous-jacent.

Sa paroi se divise en un certain nombre de compartiments piriformes, disposés à la façon des quartiers d'une orange ; la petite extrémité dirigée vers l'ouverture centrale s'amincit, puis se désagrège et laisse échapper, par son orifice, de petits grains isolés ou disposés en masses compactes.

On comprend que certains auteurs (VIRCHOW, 1865) aient pu penser pendant longtemps que le molluscum contagiosum prenait naissance dans une glande de type amyloïde ou colloïde, ou à une évolution anormale de ces cellules vers le type corné.

A un fort grossissement, les assises malpighiennes sont considérablement augmentées et présentent des anomalies accentuées surtout dans les couches superficielles. La couche basale très active montre des figures karyokinétiques nombreuses et souvent des altérations nucléaires notables. Plus superficiellement, apparaissent des cellules volumineuses et très modifiées. L'espace perinucléaire s'agrandit et se remplit de blocs irrégulièrement arrondis possédant les propriétés tinctoriales de la corne jeune. Le noyau est poussé vers la périphérie, s'aplatit et finit par disparaître. Serrés les uns contre les autres, ces corpuscules ovoïdes dépourvus de noyau et paraissant entièrement kératinisés s'accumulent vers l'ombilic qu'ils comblent en partie. Sur d'autres

points de la coupe, on trouve des cellules intactes qui dessinent entre les corpuscules un réseau à mailles irrégulières.

Nature du *molluscum contagiosum*

Le *molluscum* est une maladie contagieuse, inoculable, spontanément et expérimentalement. Le cas princeps de BATEMAN est celui d'une femme qui avait été contaminée par un enfant qu'elle nourrissait.

On trouve, dans la littérature, de nombreux exemples de contamination entre les membres d'une même famille, des cas d'inoculation accidentelle dont certains concernaient des médecins. RETZIUS, en 1872, se frictionna avec le contenu d'un élément de *molluscum* et 4 mois 1/2 plus tard, apparut un élément typique de *molluscum contagiosum* qui disparaît spontanément au bout de 3 mois. Après lui, de nombreux auteurs, VIDAL, STANZIALE, PICK, etc... obtinrent des résultats positifs souvent après des multiples inoculations.

L'incubation fut variable de 5 semaines à plusieurs mois (3 à 6 mois et davantage).

Nous citerons, pour mémoire, les publications isolées d'ANGELUCCI (1881) et de GRAHAM (1892) qui décrivirent un germe qu'ils crurent spécifique. Les recherches étiologiques s'orientèrent mieux lorsqu'on eut rapproché du *molluscum contagiosum* de l'homme une maladie épidémique de basse-cour, la variole des oiseaux. Cette question prit une ampleur

considérable lorsqu'on y adjoignit l'étude de l'étiologie de toutes les maladies dites « à virus filtrant » (herpès, varicelle, rage, typhus exanthématique, trachome, bactériophage d'Hérelle, etc.).

Si la nature contagieuse du molluscum a depuis longtemps pu être affirmée, l'agent de la contagion est encore inconnu malgré les très nombreux travaux qu'on lui a consacrés.

Dans les petites tumeurs de la crête et des paupières des galinacées, RIVOLTA découvrit en 1873 des inclusions semblables à celles que VIRCHOW avait constatées quelques années avant dans le molluscum de l'homme, et crut pouvoir affirmer leur nature parasitaire. BOLLINGER (1873-1878) démontra la contagiosité de la variole des oiseaux. Pour CSOKOR (1884) le virus du molluscum et de la variole des oiseaux serait un sporozoaire du groupe des grégarines ou du groupe des coccidies (NEISSER, 1882). Cependant, rapidement on émit l'hypothèse que les inclusions n'étaient pas parasitaires mais dues à des modifications structurales protoplasmiques et nucléaires, en particulier à des désordres de la kératinisation.

MARX et STRICKER (1902) ont montré que l'inoculation du filtrat des tumeurs des poules reproduisait la maladie et que le virus était résistant à la lumière et à la chaleur.

JULLUSBERG, en 1905, inocule à lui-même et à deux de ses assistants du filtrat de molluscum humain et obtient un résultat positif après 50 jours d'incubation.

Pour BORREL (1903-1906) les amas granuleux intracellulaires traités par la méthode de GIEMSA et LOEFFLER se décomposent en une série d'éléments très ténus qui seraient les agents pathogènes. La cellule du molluscum serait une cellule « symbiotique » dans laquelle le protoplasme est presque totalement remplacé par des myriades de colonies d'un virus invisible par les méthodes ordinaires et qui provoque la multiplication des cellules qu'il envahit.

Pour BURNET (1906), les granulations qu'on avait tout d'abord prises pour des parasites sont des produits de sécrétion ou de désintégration cellulaire. On ne sait encore rien de précis sur la nature de ce virus (DARIER).

LIPSCHUTZ, PROWAZEK et HARMAN croient prouver que le virus est visible ; il serait très petit, des dimensions d'un *nd* et peut être vu dans les préparations fraîches et colorées par le Giemsa. Ce virus ou strongyloplasma hominis appartient au groupe des clamydozoaires de PROWAZEK.

GOODPASTURE (1929) soutient que les corps élémentaires de LIPSCHUTZ sont bien l'agent étiologique de l'infection.

LES MANIFESTATIONS OCULAIRES DU MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

La localisation cutanée palpébrale du molluscum contagiosum est mentionnée dans tous les traités classiques d'ophtalmologie.

Quoique relativement rare, cette localisation a acquis une place dans la nosologie ophtalmologique ; par contre les manifestations conjonctivales ou kérato-conjonctivales sont beaucoup moins connues.

Alors que la maladie cutanée est toujours extrêmement bénigne, les complications oculaires sont bien plus sérieuses, traînantes, et ne guérissent que par l'ablation minutieuse de tous les éléments palpébraux du molluscum.

Nous essaierons par ce travail, non seulement d'attirer l'attention sur une maladie peu connue et sur son traitement, mais aussi de démontrer, que conjonctivite folliculaire et kérato-conjonctivite ne sont que des syndromes cliniques d'étiologies multiples, le molluscum étant une des causes capables de les réaliser.

Historique

Le molluscum contagiosum palpébral est désigné dès les premières descriptions de la maladie.

FUCHS (1875) traite dans l'Archiv für Ophtalmologie, une affection qu'il appelle l'adénome des glandes adipeuses.

Mais le fait qu'un molluscum du bord palpébral est susceptible de provoquer une conjonctivite rebelle, rapidement guérie par l'ablation de la lésion, n'a reçu dans la littérature, qu'une très faible attention.

Les effets du molluscum contagiosum sur la conjonctivite ou sur la cornée ne sont pas mentionnés dans les principaux traités français ou étrangers :

L'Encyclopédie Française d'Ophtalmologie (1907), le traité de FUCHS (1906), les traités de BALL (1916), AXENFELD (1919) sont muets sur ce point de pathologie oculaire.

Le premier, REYMOND, au VI^e congrès international d'Ophtalmologie de Milan (1879), apporta des faits de cet ordre, mais sa communication tomba dans l'oubli.

En 1895, STEFFAN, ignorant les travaux de REYMOND fait remarquer que certains « adénomes » du bord palpébral, s'accompagnent d'une conjonctivite rebelle, qui guérit seulement après l'ablation de l'adénome. Une controverse s'éleva entre DE WECKER et STEFFAN à cette occasion, controverse qui attira

l'attention sur ce sujet. STEFFAN fit remarquer que « certains adénomes » du bord palpébral, provoquaient des conjonctivites persistantes jusqu'à ce qu'on enlève les adénomes. Il suggérait l'idée qu'un peu de sécrétion du nodule, tombant dans le cul-de-sac, l'irritait et que cette irritation était exagérée par le malade en se frottant. Il ajoutait « la pratique nous enseigne des faits, qu'on ne retrouve nulle part, même pas dans les plus gros traités ».

En 1896, DE WECKER attire l'attention, dans son traité complet, sur les inflammations de la conjonctive, causées par de légères irritations du bord palpébral, qui doit toujours être examiné avec soin, en cas de conjonctivite rebelle. Il montre que les adénomes de STEFFAN ne sont pas autre chose que des nodules de molluscum contagiosum et qu'il y a lieu de les extirper. STEFFAN admit que les nodules rapportés par lui étaient bien des molluscum.

MUETZE rapporte plus tard, trois cas, dans lesquels l'ablation des nodules fait disparaître une conjonctivite rebelle.

OPPENHEIMER rapporte trois cas de conjonctivites folliculaires, associées à des molluscum contagiosum des paupières.

HARMANN mentionne l'association de molluscum et de conjonctivite. VON MICHEL considère le molluscum comme la cause d'une irritation persistante de la conjonctive.

On trouve fréquemment dans la littérature étrangère, des travaux sur ce sujet, rapportant des obser-

vations, dont le nombre est actuellement voisin de 50.

Parmi les mémoires les plus importants sur ce sujet, signalons l'ensemble des travaux d'ELSCHNIG, de Prague, qui successivement en 1897, 1908, 1921, 1923, s'intéressa aux aspects cliniques et pathogéniques de la maladie. Ses travaux font autorité sur cette question, qu'ils ont largement contribué à mettre au point.

ELSCHNIG montre qu'une conjonctivite simple, une conjonctivite folliculaire très voisine du trachome, une conjonctivite avec kératite de caractère phlycténulaire, peuvent être causées par un molluscum palpebral.

En 1901 à Bonn, SCHAFFER consacra sa leçon inaugurale au rôle du molluscum contagiosum en pathologie oculaire.

Puis viennent les statistiques et observations de LAUBER (1913), GIFFORD (1921), CAVARA (1924), NICHELATTI (1928), ROTH (1930), FLEISCHER (1932) et V. PAPOLCZY (1933).

Des travaux expérimentaux rappelant les essais d'inoculation cutanée ont tenté de compléter les données de la clinique.

Clinique

Les manifestations oculaires du molluscum contagiosum évoluent presque toujours de la même manière : les faits se déroulent dans un ordre tel que toutes les observations sont presque superposables. Prenons pour type l'histoire clinique suivante :

(Observation OFFRET et DUPERRAT)

OBSERVATION. — M. C... Victor, âgé de 32 ans, peintre à la S. T. C., R. P., est venu consulter le 26 octobre 1937, pour de la rougeur de l'œil droit avec sécrétion. On constate une conjonctivite folliculaire unilatérale atteignant les culs-de-sac, supérieur et inférieur. Les cils ne sont pas agglutinés, mais tous les matins une abondante sécrétion jaunâtre, mi-fluide, souille le pansement que l'abondance du catarrhe oblige à porter pendant la nuit.

On institue le traitement habituel, mais celui-ci est inefficace et, dans les semaines suivantes, on voit se développer des lésions sérieuses de la conjonctive et de la cornée. La conjonctive s'épaissit non seulement au niveau du tarse, mais également au niveau du globe ; elle prend une teinte rouge violacé, elle est même soulevée en un point sur le méridien de 3 heures, par un bouton de réaction épisclérale.

La cornée commence à se couvrir un mois après le début de l'affection, d'érosions limbiques multiples, réalisant l'aspect caractéristique de la kératite marginale érosive. Apparaissant par poussées successives, ces lésions finissent par entourer la cornée d'un anneau limbique irrégulier, comme le montre l'examen à la lampe à fente. A ce moment, les signes fonctionnels sont très accentués : douleur, photophobie intense, larmolement abondant. Les paupières sont œdématisées, il existe du chémosis, la sécrétion conjonctivale est abondante. Cette sécrétion contient de rares polynucléaires : on y trouve à l'examen direct quelques bacilles Gram + ; à la culture, des bacilles massues saprophytes banaux de la conjonctive. Il n'y a donc aucun germe spécifique qui puisse être la cause de cette kérato-conjonctivite.

Bientôt la lésion cornéenne se complique d'une infiltration superficielle irrégulière qui gagne lentement en étendue et s'accompagne de vascularisation. Le dépoli cornéen décrit, dans l'ensemble, un anneau comble, en dedans de l'anneau limbique.

La durée et la gravité apparente des lésions inquiètent beaucoup le malade, tout particulièrement lorsque l'extension du dépoli cornéen provoque une baisse de l'acuité visuelle qui passe de 10-10 à 6/10.

Le malade est alors hospitalisé pour être soumis à de multiples investigations étiologiques qui, toutes, resteront négatives.

Par l'interrogatoire, on précise que les troubles oculaires sont apparus en même temps qu'une minuscule tumeur du bord libre de la paupière droite inférieure, grosse comme un grain de mil. Cette tumeur est en voie d'accroissement.

D'autre part, le malade est un habitué des piscines municipales, mais depuis l'apparition de la conjonctivite, il n'y est pas retourné (cela fait plus de deux mois). C'est un sujet

très robuste, toujours en excellente santé. Il est marié, père d'un enfant bien portant. Il n'a jamais souffert des yeux.

Les divers appareils sont parfaitement normaux ; les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, le B. W. est négatif dans le sang ; les dents, les fosses nasales, les sinus, sont en excellent état. La radiographie pulmonaire ne montre aucune lésion.

Ainsi ces auteurs ont suivi pendant 4 mois, l'évolution d'une conjonctivite folliculaire unilatérale, compliquée de kératite marginale érosive, puis d'infiltration superficielle de la cornée, cela sans cause évidente et sans adénopathie. Ces lésions kérato-conjonctivales sont loin de s'atténuer et au contraire, elles ne font que s'aggraver.

La *discussion étiologique* nous fait penser :

— Au trachome.

Mais le trachome est rarement unilatéral et son siège, au début de l'affection, est le cul-de-sac inférieur ;

— Au granulome infectieux de la conjonctive, mais il s'accompagne d'adénopathie prétragienne ;

— A la conjonctivite d'origine « piscine ».

Mais son évolution n'est presque jamais aussi prolongée. Elle disparaît sous l'influence du traitement classique. De plus, ne provoque pas de lésions cornéennes ;

— A la conjonctivite par calcul mycélien des canalicules lacrymaux.

Mais les auteurs ont exploré les voies lacrymales et les ont trouvées intactes.

La thérapeutique habituelle se montre complètement inefficace, on a essayé tous les collyres habituels, les injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure, puis d'autosang, la thérapeutique de choc (stock vaccin et vaccin antichancrelleux), la chimiothérapie, les attouchements du ganglion du sphéno-palatin au liquide de Bonain. Enfin, on pense à la *formation verruqueuse* qui pourrait être la cause de l'affection oculaire, en remarquant qu'il ne pourrait s'agir que d'une coïncidence, car la tumeur étant située sur le versant du bord libre serait incapable de donner une irritation mécanique directe du globe sans le toucher.

On extirpe la tumeur le 25 janvier 1938.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un *molluscum contagiosum* typique.

Après l'extirpation, l'état oculaire s'améliore très rapidement et les symptômes regressent en quelques jours. La cornée s'éclaircit rapidement, la sécrétion cesse et la vision redevient normale. Il persiste seulement une légère injection de la conjonctive.

Ainsi se présentent généralement les cas : une conjonctivite ou une kérato-conjonctivite rebelle à tout traitement symptomatique. Elle est toujours associée à un nodule palpébral dont on méconnaît l'importance. Le diagnostic se fait seulement par l'examen histologique de la tumeur extirpée.

Nous diviserons cette étude en deux chapitres :

A) La maladie cutanée palpébrale.

B) Les manifestations kérato-conjonctivales.

C'est surtout la kérato-conjonctivite qui est intéressante, car l'affection est sérieuse et traînante si le diagnostic n'est pas fait.

A. La maladie cutanée palpébrale

La place que détient le molluscum contagiosum cutané palpébral, parmi les tumeurs de la paupière, n'est pas importante ; citons la statistique faite par O'BRIEN qui a observé deux cas seulement de molluscum palpébral sur 100 tumeurs de la paupière.

Nous avons décrit dans la première partie de ce travail les caractères du molluscum cutané, nous voulons seulement attirer l'attention sur le signe de TZANCK et PAUTRAT, signe pathognomonique :

En projetant sur l'élément un jet de chlorure d'éthyle, on voit au moment où la surface se givre, apparaître un cercle minuscule, cristallin, nettement limité à lui-même.

Sachons néanmoins que le diagnostic est souvent très délicat. D'ailleurs seules ses complications oculaires nous entraînent à rechercher la cause dans le molluscum. Le diagnostic est d'autant plus difficile qu'il semble que les éléments siégeant aux paupières ne possèdent pas les caractères du molluscum cutané.

Le molluscum cutané palpébral ne serait pas toujours, d'après différents auteurs, nettement saillant,

ombiliqué et hémisphérique. Il est souvent caché entre les cils et quelquefois unique. Parfois il est irrégulier et ne présente pas la moindre ombilication. Le signe de Tzank est impossible à rechercher sur le bord libre de la paupière et ainsi le diagnostic ne sera fait que par la biopsie.

B. La maladie kérato-conjonctivale

Nous venons de voir l'aspect que revêt habituellement le nodule palpébral : petit, masqué par les cils, il semble bien incapable de provoquer les désordres que nous allons envisager maintenant : c'est précisément pour mieux mettre en évidence son importance, que nous avons voulu l'étudier tout d'abord. Ceci est contraire à la filiation habituelle des faits cliniques dans lesquels la symptomatologie conjonctivale ou cornéenne prend toujours la première place.

Nous basant sur 40 observations retrouvées dans la littérature, nous croyons possible de classer ces lésions en trois groupes :

- I. Les conjonctivites ;
- II. Les kérato-conjonctivites ;
- III. Les tumeurs conjonctivales.

Le groupe I est, sans conteste, par le nombre, le plus important.

Fréquence. — De toute évidence, ces lésions ne sont pas très fréquentes. En France, si l'on en croit le nombre des publications, c'est une affection extrêmement rare. Depuis les observations de DE WEAVER

qui remontent à plus de quarante ans, on ne retrouve que celle de TERSON (1905), de REDSLOB (1927).

Les travaux récents concernant l'étiologie des maladies cornéo-conjonctivales subaiguës et chroniques ne mentionnent pas le *Molluscum contagiosum*. La littérature dermatologique est plus dépourvue encore de faits semblables : la présentation du malade, d'OFFRET et DUPERRAT, à la Société de Dermatologie, n'a pas provoqué le rappel d'observations analogues.

Peut-être faut-il voir, dans la difficulté du diagnostic, une explication du petit nombre des cas publiés. En effet, la localisation conjonctivale ou cornéenne n'a rien de caractéristique et le nodule cutané, comme on vient de le voir, perd souvent aux paupières, son aspect morphologique habituel.

Il est à peu près certain qu'un examen très minutieux de toutes les conjonctivites rebelles, appuyé par des constatations histologiques, ferait reconnaître plus souvent le *molluscum contagiosum*.

Pour avoir quelques précisions sur la fréquence de ces complications oculaires, il faut s'adresser aux publications étrangères. Selon H. et S. GIFFORD, un spécialiste doit en rencontrer chaque année plusieurs cas au cours de sa pratique hospitalière et privée. ELSCHNIG fournit un chiffre précis : sur 10.000 consultants de son Institut à Prague, 4 sont atteints d'une conjonctivite par *molluscum contagiosum*.

CAVARA signale qu'à l'Institut du professeur BARDELLI, la proportion n'est pas très différente et qu'il

ne s'agit pas là d'une curiosité clinique. D'ailleurs, la statistique personnelle de CAVARA et celle de VON PAPOLCZY portent chacune sur plus de 10 cas, réunis en quelques mois.

Gardons, malgré tout, cette notion de rareté relative de la maladie oculaire. C'est d'ailleurs une raison de la mieux connaître afin de pouvoir la dépister le cas échéant.

Remarquons également que seules, les localisations palpébrales du molluscum contagiosum s'accompagnent de complications oculaires, ce qui contribue, évidemment, à en limiter la fréquence.

Conditions d'apparition. — Sur 40 cas de molluscum contagiosum à manifestations oculaires, 27, soit un peu plus de 65 % atteignent des individus de moins de 35 ans. L'adolescent et l'adulte jeune sont les plus exposés ; sur les 27 sujets ci-dessus, 19 ont entre 14 et 30 ans. Aucun âge n'est à l'abri de la maladie qui peut frapper le jeune enfant comme le vieillard.

L'affection est généralement unilatérale. Dans 5 cas seulement, les deux yeux étaient atteints, alors que dans les 35 autres, un seul œil souffrait.

Il ne semble pas y avoir prédisposition d'un œil ou de l'autre. L'œil droit est frappé 18 fois, l'œil gauche 14 fois, et, dans 3 cas de lésions unilatérales, le côté n'est pas précisé. Les nodules cutanés font partie de l'ensemble symptomatique, on les retrouve toujours en les recherchant avec soin. On se rendra compte

de leur petit nombre, de leur faible taille, de leur siège fréquent sur le bord libre de la paupière.

En cas de lésion oculaire, les nodules ne siègent pas indifféremment sur la paupière : ils apparaissent presque toujours, dans le voisinage du bord libre ; tantôt ils sont placés sur le bord libre, dans le sillon inter-marginal, au milieu des cils, tantôt ils se développent à cheval sur la face cutanée et le bord libre, parfois, enfin, ils sont entièrement sur la face cutanée. Il y a, bien entendu, des exceptions à cette règle, comme le montrent des observations dans lesquelles les nodules sont multiples, disposés sur les paupières des deux yeux, et même au delà du territoire palpébral : sourcils, front, joues, mais l'efflorescence est toujours accompagnée d'un élément au voisinage du bord libre.

I. Les conjonctivites

Elles peuvent être par ordre de fréquence, folliculaires, chroniques simples sans follicules, très exceptionnellement phlycténulaires.

A. Conjonctivites folliculaires

Lorsqu'elles sont folliculaires, les conjonctivites présentent quelques signes particuliers. Nous citerons les observations suivantes :

PREMIÈRE OBSERVATION (CAVARA)

G... Quintilia, âgé de 42 ans, vient consulter, le 5 juillet 1922, pour une sensation de corps étranger de l'œil gauche depuis un mois. Ce trouble est survenu peu de temps après l'apparition de petites tumeurs des paupières de l'œil gauche. Le traitement par un collyre astringent s'est révélé totalement inefficace. A l'examen, on trouve de nombreux petits nodules de molluscum sur la peau des paupières et du sourcil gauches. Un nodule plus gros siège à l'union du tiers externe et des deux tiers internes du bord palpébral inférieur : implanté sur toute la largeur du bord libre, le nodule, en voie de désagrégation laisse desquamier

une petite quantité de substance poussiéreuse. La conjonctive palpébrale inférieure et le cul-de-sac inférieur sont couverts de gros follicules rosés, presque translucides. La muqueuse est œdématisée, hypertrophique, mais de coloration plutôt pâle. La conjonctive palpébrale supérieure a pris un aspect velvétique. De petits agglomérats de follicules opaques sont particulièrement nets aux deux angles de l'œil. Il n'y a pas d'altération de la conjonctive bulbaire qui est seulement un peu rouge. La sécrétion est légère, fluide, il y a peu de larmolement. A droite : conjonctive lisse, rosée, normale. Excision du nodule, collyre à l'alun. Au bout de quinze jours, il n'y a plus trace de follicule. Seule une légère hypertrophie de la muqueuse témoigne du processus inflammatoire

DEUXIÈME OBSERVATION (CAVARA)

S... Ida, âgée de 19 ans, s'est présentée à la consultation le 26 avril 1923, pour un nodule situé à la paupière supérieure O. D., nodule qui grossit depuis un mois. Cette jeune fille vient pour l'ablation de cette petite tumeur et uniquement pour des raisons esthétiques.

A l'examen on observe un molluscum au milieu du rebord palpébral supérieur et logé entre les cils. La conjonctive palpébrale présente de nombreux follicules disposés sans ordre. On remarque quelques follicules dans le cul-de-sac supérieur. Ces follicules sont surtout situés aux angles. Pas de troubles fonctionnels, sauf un larmolement léger.

TROISIÈME OBSERVATION (V. PAPOLCZY)

Une jeune femme âgée de 20 ans se présente pour une légère conjonctivite de l'O. G. On observe sur le bord de la

paupière inférieure au niveau de l'angle externe une petite tumeur jaune-blanchâtre de la grandeur d'une lentille. Cette tumeur est ovale, indurée, couverte d'une peau très vascularisée.

La conjonctive est injectée. On voit dans le cul-de-sac inférieur et sur la moitié externe de la conjonctive inférieure des follicules légèrement translucides de la grandeur d'une tête d'épingle et de coloration rose.

L'O. D. est normal.

La sœur de cette malade s'est présentée il y a deux mois pour un molluscum contagiosum du bord palpébral gauche. L'O. G. ne présentait aucune réaction conjonctivale.

QUATRIÈME OBSERVATION (ELSCHNIG)

Une petite fille âgée de 2 ans, présente depuis 3 semaines quelques petites tumeurs situées sur les paupières de l'œil gauche. Depuis quelques jours seulement l'œil gauche est devenu rouge.

Au milieu du bord palpébral inférieur de L'O. G. se trouvent 2 molluscum, un autre au niveau du tiers externe du bord palpébral supérieur, un autre sur le bord palpébral inférieur ; enfin 4 autres éléments sur la peau de la paupière supérieure. On observe une légère conjonctivite folliculaire. La conjonctive est injectée et œdématiée. L'O. D. normal.

Ces observations constituent le type habituel de la maladie.

Les troubles subjectifs : douleurs, prurit, photophobie sont minimes, mais certains signes fonctionnels sont parfois très marqués : sécrétion matinale

abondante, cils agglutinés, larmoiement continu, flore microbienne de la sécrétion contient des saprophytes banaux et quelquefois des staphylocoques.

L'examen montre une atteinte folliculaire unilatérale localisée à la conjonctive palpébrale inférieure, débordant sur le cul-de-sac. Les follicules nombreux, opaques, saillants, sont disposés en lignes parallèles au bord libre de la paupière.

La topographie inférieure de ces granulations de la conjonctive constitue un signe différentiel trop utile pour être passé sous silence. Dans le cas le plus fréquent de conjonctivite localisée, sont atteints seuls la conjonctive palpébrale et le cul-de-sac inférieurs. On a vu dans les observations ci-dessus qu'il existait dans un cas un état velvétique de la conjonctive tarsienne supérieure avec quelques follicules aux angles de l'œil et cela est conforme à la règle.

Quand la maladie est sérieuse, évoluant depuis longtemps, l'angle externe, la conjonctive tarsienne supérieure et finalement le cul-de-sac supérieur sont atteints. Cette participation fréquente du cul-de-sac et de la conjonctive tarsienne supérieures explique alors la confusion avec le trachome. CAVARA et WILCZEK, en particulier, l'ont signalé. Ces auteurs citent le cas d'un garçon de 15 ans chez qui on avait diagnostiqué un trachome traité par expression des granulations. Il présentait, en réalité, une conjonctivite folliculaire unilatérale dû à un molluscum de la paupière inférieure, et la guérison suivit l'ablation du nodule.

L'intensité de la conjonctivite folliculaire est très variable, tantôt faible, les malades sont uniquement gênés par la longue durée de l'affection, tantôt les troubles sont très importants.

Nous citerons un cas où le processus présentait l'acuité d'un trachome aigu.

OBSERVATION (PAPOLCZY)

Une femme âgée de 32 ans vient consulter pour un larmoiement et un prurit de son O. G., dont elle souffre depuis 3 semaines. Une verrue se développe également depuis un mois à cet œil.

A l'examen on observe à l'union du tiers externe et du tiers moyen du bord palpébral *supérieur*, immédiatement au-dessus des cils, une tumeur de la grandeur d'un petit pois, hémisphérique, ombiliquée et couverte d'une peau fine. La conjonctive et les deux culs-de-sac sont fortement injectés, épaissis. On remarque en outre de nombreux follicules plus ou moins grands, rosés, tantôt superficiels, tantôt enchassés dans la conjonctive. L'O. D. est normal.

On voit donc par cette observation que les signes fonctionnels peuvent être suffisamment marqués, les signes d'examen assez atypiques (atteinte de la conjonctive supérieure) pour simuler un trachome.

L'*évolution* de la conjonctivite folliculaire est commandée par le traitement. Il suffit d'enlever le nodule palpébral pour obtenir une guérison rapidement, même si la maladie évolue depuis longtemps (plusieurs mois chez 2 à 3 sujets). En 24 à 48 heures,

l'œdème, la rougeur, la sécrétion disparaissent, et les follicules s'atténuent.

En 8 à 10 jours, la conjonctive redevient normale, ne gardant qu'une légère hyperémie. Rarement la guérison est plus lente. GIFFORD cite le cas d'une guérison survenue seulement au bout de 9 mois.

Il faut signaler, cependant, la possibilité de récidive. OPPENHEIMER cite le cas d'une conjonctivite folliculaire par molluscum traitée par expression du nodule, et évacuation du contenu. Le malade guérit, mais 3 mois après il y eut une nouvelle apparition d'un nodule. Le même traitement amena une guérison rapide.

MUETZE a publié un cas analogue de conjonctivite guérie une première fois, réapparue, puis guérie définitivement par une nouvelle ablation du nodule.

Si le molluscum palpébral reste en place, la conjonctivite n'a aucune tendance à guérir spontanément. Les choses restent en état, et bien souvent le moindre traumatisme, un choc, une brûlure, aggrave la lésion et produisent même des complications cornéennes.

Dans une observation d'ELSCHNIG, une femme, souffrant depuis un an de « catarrhe conjonctival unilatéral », et chez laquelle on avait découvert un nodule de la paupière supérieure, dont elle refusa l'ablation, revint 5 mois après dans le même état et l'ablation amena rapidement une guérison totale.

B. La conjonctivite chronique simple

Cette affection est moins fréquente que la conjonctivite folliculaire. Les deux conjonctives palpébrales sont atteintes avec épaissement et rougeur de la conjonctive tarsienne. Mais comme dans la folliculaire, il y a unilatéralité et lésion prédominante sur le cul-de-sac inférieur. Citons ici deux observations :

PREMIER CAS (GIFFORD)

W. P., âgé de 14 ans, a été traité pour une blépharite, il y a plus de 18 mois. Il revient, porteur d'une conjonctivite de l'O. D. Réaction surtout au niveau du cul-de-sac inférieur. Il présente un petit nodule au milieu du bord libre palpébral inférieur. Cette tumeur non ombiliquée fut étiquetée verrue. On ordonne un collyre au sulfate de zinc. La malade revient après 3 mois présentant une conjonctivite de l'O. D. et le nodule a considérablement grossi, il a alors un diamètre d'un millimètre et demi.

On pratique l'ablation et l'examen histologique prouve qu'il s'agit d'un molluscum contagiosum. La conjonctivite guérit entièrement après l'ablation.

DEUXIÈME CAS (GIFFORD)

Mme I..., âgée de 62 ans, vient pour une conjonctivite O. D. G.

O. G. fut guéri par un collyre, mais la conjonctivite persiste à l'O. D. pendant plusieurs mois. Alors, on enlève un petit nodule situé au milieu du bord libre palpébral supérieur. Les coupes histologiques prouvent qu'il s'agit d'un molluscum contagiosum.

Quelquefois les manifestations oculaires du molluscum sont *bilatérales* et dans deux cas sur cinq, l'un des yeux est atteint de conjonctivite folliculaire et l'autre de conjonctivite chronique simple.

Citons ici deux cas :

PREMIER CAS (ELSCHNIG)

Une femme âgée de 35 ans présente :

A *l'œil droit* une conjonctivite folliculaire récente. On observe plusieurs follicules rouges au niveau du cul-de-sac inférieur, qui est œdématisé, peu de follicules au niveau du cul-de-sac supérieur. Sur le bord libre palpébral supérieur, on trouve 2 petites tumeurs de molluscum d'un diamètre de 1 millimètre.

A *l'œil gauche*. Conjonctivite simple.

Guérison après l'ablation du molluscum.

DEUXIÈME CAS (PAPOLCZY)

Une femme âgée de 38 ans consulte pour de petites tumeurs, qui sont apparues à l'O. G. depuis plusieurs semaines. Son œil gauche larmoie et présente une conjonctivite, depuis un certains temps. Plus tard, l'O. D. est également pris.

A l'examen on aperçoit de nombreuses formations (environ une vingtaine) de taille différente, situées entre les cils du bord palpébral supérieur de l'O. G. Elles sont plates, hémisphériques, jaunâtres, tantôt isolées, tantôt confluentes. Leur diamètre maximum est de 2 millimètres. Ces tumeurs sont ombiliquées. Les culs-de-sac sont injectés, sans épaissement. Dans les culs-de-sac inférieurs des deux yeux, et surtout à l'O. G. on voit de nombreux follicules rosés et translucides.

C. La conjonctivite phlycténulaire

Cette forme est très rare. ELSCHNIG en a publié une observation en 1902 d'un enfant porteur d'une conjonctivite folliculaire et phlycténulaire, avec phlyctènes non seulement sur la conjonctive bulbaire, mais aussi sur le limbe. Cette association de lésions anatomiques complexes, prête à des interprétations pathogéniques, qui seront envisagées plus loin.

II. Les kérato-conjonctivites

Dans le molluscum contagiosum, il n'y a jamais de lésions de la cornée sans participation de la conjonctive. Il s'agit de kérato-conjonctivites, mais l'un des deux processus peut être plus accentué que l'autre, soit d'une façon continue, soit à un moment donné de l'évolution.

Apparemment, la gravité de ces cas est grande. Dans l'observation d'OFFRET et DUPERRAT on pouvait craindre des altérations sévères et définitives de la cornée. Cette observation appelle quelques commentaires. Le malade vu deux mois après le début des troubles présente une conjonctivite folliculaire unilatérale des deux culs-de-sac, avec œdème et rougeur de la conjonctive bulbaire. La vision est de 10/10^e. Au bout d'un mois, apparaissent des érosions marginales limbiques qui vont faire irrégulièrement le tour de la cornée. On observe ensuite un dépoli cornéen, qui de la périphérie s'étend ensuite vers le centre. Simultanément, la vision tombe à 6/10^e. Cet infiltrat de surface réalise, en se recouvrant de vaisseaux, l'aspect d'un pannus semblable, sauf le siège, au pannus trachomateux.

Les lésions cornéennes sont parfois différentes comme le montrent les observations suivantes :

1^o (CAVARA)

F... Pylade, âgé de 31 ans, vient consulter le 17 avril 1933 parce que depuis le mois de décembre précédent est apparue sans cause de la rougeur de l'œil droit avec sécrétion. En même temps, on voit un nodule gros comme un grain de blé au milieu du bord libre de la paupière inférieure. Le 10 mars il y avait eu aggravation par suite de projection de terre dans l'œil. Pendant quinze jours il est traité par son médecin, puis par un oculiste qui croit à un trachome de l'œil droit. Subjectivement : sensation de prurit, de brûlure légère surtout le soir ; photophobie avec baisse visuelle légère, récente. Examen : gros molluscum au milieu du rebord palpébral inférieur avec desquamation. En éversant la paupière inférieure, la conjonctive apparaît rouge, gonflée, avec de très nombreux follicules disposés sans ordre, surtout nombreux au voisinage du cul-de-sac. A la paupière supérieure, état papillaire de la muqueuse assez net, avec de nombreux follicules conglomérés opaques. En outre, sur le bord libre palpébral : méibomite. La conjonctive bulbaire est parcourue par des anses vasculaires turgescents et sur la cornée on note une petite infiltration du segment inférieur et inféro-interne. Ablation du molluscum ; cautérisation de la cavité par nitratisation ; au bout de deux jours, sans autre traitement, l'œil est transformé ; plus d'infiltration de la cornée, conjonctive moins rouge et moins œdématisée. Guérison totale en quinze jours.

Dans ce cas, la lésion cornéenne n'est pas importante : il s'agit seulement d'une infiltration cornéenne minime, bien limitée et superficielle.

2^o (GIFFORD)

Mme S..., 45 ans environ, fut adressée par un ophtalmologiste averti pour une ulcération de la cornée gauche résistante à tout traitement depuis deux ou trois semaines. Elle présente un ulcère de la cornée de 3 à 4 millimètres de diamètre dans le cadran inférieur avec grosse infiltration des bords. La sécrétion était claire et le cul-de-sac conjonctival très congestionné, épaissi et rugueux. L'œil était très photophobe. Au milieu du bord libre de la paupière inférieure on trouvait un nodule typique de molluscum de 2 millimètres de diamètre. Ce nodule fut extirpé, l'ulcère guérit rapidement sans que l'on eut modifié en rien le traitement suivi jusqu'alors. Pas d'examen microscopique. Pas d'autres nodules ailleurs.

3^o (PAPOLCZY)

Une femme âgée de 23 ans présente une inflammation de l'œil gauche et cela depuis trois mois. On voit au milieu de la paupière supérieure deux nodules en partie cachés entre les cils. Ces nodules hémisphériques de coloration blanchâtre, ombiliqués, sont du diamètre d'une tête d'épingle. La conjonctive est très injectée, et légèrement épaissie. Les culs-de-sac, et surtout le cul-de-sac inférieur, présentent des follicules. La cornée est infiltrée à sa partie supérieure et près du limbe. Le diamètre de cette infiltration est d'un millimètre. Aucune amélioration après badigeonnage au nitrate d'argent à 1 % et par les collyres à base de dionine et de scopolamine. Au contraire, treize jours après son apparition, l'infiltration cornéenne progresse et gagne la partie inférieure de la cornée. Après extirpation du nodule on note une amélioration notable. L'injection et l'épaississement de la conjonctive disparaissent, le nombre des follicules a diminué. L'infiltration cornéenne a disparu également en

laissant des taies légères. Le malade est guéri cinq semaines après l'excision des nodules.

4^o (ELSCHNIG)

Un jeune homme âgé de 19 ans, est traité depuis 4 mois pour trachome de l'O. G. Depuis 14 jours, il présente une kératite et depuis quelques jours l'O. D. est également inflammé. A l'examen, O. G. : au niveau de l'extrémité interne du bord palpébral supérieur, on trouve un molluscum contagiosum de la grandeur d'un petit pois, Conjonctivite folliculaire et pannus récent du segment supérieur de la cornée. En outre, on observe une ulcération au niveau du limbe.

O. D. : conjonctivite légère, folliculaire, au niveau du cul-de-sac inférieur.

Après extirpation du molluscum contagiosum expression des follicules et lavage au sublimé. Les deux yeux guérissent. Le malade qui est revu après trois mois, se présente aucune récidue.

Dans ces trois dernières observations, les lésions cornéennes sont beaucoup plus importantes.

5^o (PAPOLCZY)

Inflammation de l'O. D. chez une femme de 50 ans, évoluant depuis un mois. On prescrit : collyre au protargol, compresses, verres protecteurs. La malade revient deux mois après avec des signes plus accusés malgré le traitement. Cette fois, on remarque une petite tumeur de 1 millimètre de diamètre, jaune grisâtre au milieu de la paupière supérieure sur la ligne inter-marginale. La conjonctive tarsienne et la conjonctive bulbaire sont fortement hyperémiées ; le cul-de-sac inférieur est épaissi et contient de

nombreux follicules. La cornée est très vascularisée superficiellement dans la région du limbe où la lésion s'étend circulairement sur une largeur de 1 millimètre à 1 mm. 5. Cet état s'accompagne d'une réaction irienne des plus nettes : synéchies, coloration brun-sale de l'iris. La lésion ne menace pas le centre de la cornée ; elle n'en est pas moins importante pour cela, puisque l'iris a fortement réagi.

Ces observations jointes à l'observation de OFFRET et DUPERRAT résument parfaitement les manifestations cornéennes du *molluscum contagiosum*.

On y trouve des types de gravité croissante, soit infiltration limitée et superficielle de la cornée, soit kératite marginale qui s'aggrave au point que la vision est menacée, soit véritable ulcère cornéen avec infiltration des bords, soit enfin kératite avec forte réaction irienne.

Au point de vue morphologique, ces kératites ne diffèrent en rien de la kératite marginale, du pannus, de l'ulcère de la cornée, de la kératite avec iritis, du moins dans les circonstances habituelles de la pratique ophtalmologique.

S'il existe des caractères différentiels, il faut plutôt les rechercher dans les symptômes associés. Il s'agit presque toujours de kérato-conjonctivites et non de kératites isolées (même dans la forme à type d'ulcère de la cornée).

La lésion est généralement unilatérale. Il y a du larmolement, de la photophobie, mais on est frappé par la discordance entre signes fonctionnels et signes

physiques. A ces caractères, il faut joindre l'absence de lésions locales pouvant expliquer cette atteinte de la cornée. Les résultats négatifs des examens complémentaires, l'intégrité des voies lacrymales, le caractère banal de la flore microbienne, l'évolution confirment la spécificité de cette affection. Aucun des traitements habituels ne modifie la kératite tant que l'on n'enlève pas les nodules du bord de la paupière.

III. Les formes tumorales

Les formes tumorales sont extrêmement rares et difficiles à reconnaître cliniquement.

Aussi ne citerons-nous que les deux seules observations (celle de BALLABAN et celle de REDSLOB) que nous avons pu trouver dans la littérature.

OBSERVATION I (BALLABAN)

Une jeune fille de 20 ans vient consulter pour une tumeur de l'œil droit, apparue depuis peu, qui augmente rapidement, au point de gêner le regard latéral. En fermant les yeux, la malade ressent une légère pression sur les paupières. A l'examen, on voit, sur le globe, en dehors, une tumeur de la taille d'une noisette. Au point culminant de la tumeur, la conjonctive est amincie. A travers cet amincissement, la tumeur apparaît comme une masse granuleuse jaunâtre. La conjonctive paraît adhérer à la tumeur, mais la tumeur est mobile sur les plans profonds. En écartant bien les paupières, on voit, que la tumeur commence derrière la commissure palpébrale externe pour s'étendre jusqu'au limbe en couvrant la moitié externe du globe ; en haut et en bas, elle s'étend jusqu'à l'équateur de l'œil. Il n'existe aucune formation semblable sur le reste du corps. Extirpation à l'anesthésie locale après canthotomie. A cause des adhérences, on ne pouvait séparer la tumeur de la

conjonctive qu'en déchirant plusieurs fois la muqueuse. Pendant l'intervention, on a remarqué l'adhérence au muscle droit externe, au point qu'il fut nécessaire d'exciser un fragment de muscle pour enlever la tumeur qui mesurait 1 cm. × 2 cm. L'aspect histologique montre qu'il s'agissait d'un *molluscum contagiosum* tout à fait typique.

OBSERVATION II (REDSLOB)

C... Florent, 55 ans, vient, en février 1927, à la Clinique Ophtalmologique de Strasbourg. A part un léger larmolement qui le gênait, ces dernières semaines, il n'avait jamais eu à se plaindre des yeux. Cependant il avait, depuis quelques mois, remarqué à son œil droit la présence d'une petite tumeur. Cette tumeur avait grossi et le malade s'en inquiétait. L'examen clinique releva, en effet, dans la conjonctive bulbaire de l'œil droit, l'existence d'une tumeur jaunâtre, légèrement bosselée, de forme ovale et de la grosseur d'une petite fève. Elle se déplaçait avec la conjonctive, n'était, par conséquent, pas adhérente à la sclérotique. Elle siégeait au niveau du limbe à 8 heures. Quand le malade portait le regard fortement en bas, on voyait apparaître des plaques noirâtres de mélanose des parties supérieures de la sclérotique. Par ailleurs, on ne découvrait rien d'anormal, ni à l'œil droit, ni à l'œil gauche. Une tumeur du limbe, se trouvant dans un globe atteint de mélanose sclérale peut être suspecte de *nævo-cancer*. C'est pourquoi elle fut immédiatement extirpée sous anesthésie locale. La pièce fut adressée au laboratoire. L'examen montra qu'il s'agissait d'un *molluscum contagiosum* typique.

Il n'y a ni inflammation, ni larmolement ou sécrétion qui permettent de penser à la conjunctivite. On trouve seulement une tumeur conjonctivale du

volume d'une noisette ou d'une fève, jaunâtre, adhérente et mobile sur des plans profonds. Seul l'examen histologique permet de reconnaître le caractère exact de cette tumeur qui se trouve être un *molluscum contagiosum*.

Il est curieux de constater l'absence de toute conjonctivite inflammatoire alors que la tumeur siège sur la conjonctive, bien que la même tumeur à localisation palpébrale mais cutanée s'accompagne souvent de réactions inflammatoires de la conjonctive. La localisation conjonctivale du *molluscum contagiosum* ne semble donc pas avoir une gravité plus grande que le *molluscum contagiosum* cutané palpébral.

Ceci augmente encore l'intérêt de cette localisation qui à elle seule constitue déjà un fait extraordinaire. Le *molluscum contagiosum* est en effet une maladie cutanée et la localisation muqueuse est rarissime.

Diagnostic

Il ne présente aucune difficulté dans la localisation cutanée à éléments multiples. Il n'en est pas de même dans les cas de nodule unique siégeant sur le bord ciliaire et qui est habituellement peu caractéristique. Le diagnostic se pose avec les verrues, les papillomes ou d'autres tumeurs épithéliales bénignes susceptibles de donner une réaction conjonctivale inflammatoire.

L'examen histologique est le seul moyen de faire le diagnostic. Pratiqué sur une grande échelle, il montrerait peut-être que le molluscum contagiosum intervient plus fréquemment qu'on ne le pense dans les conjonctivites secondaires à des papillomes palpébraux.

L'étude du molluscum contagiosum oculaire se montre donc assez difficile, car à défaut d'examen histologique, le diagnostic exact reste encore en suspens. D'autre part les malades guérissent souvent spontanément de leur kérato-conjonctivite.

Le diagnostic se pose différemment lorsqu'on se trouve en présence d'une conjonctivite folliculaire,

d'une kérato-conjonctivite ou d'une tumeur conjonctivale.

a) *En cas de conjonctivite*, il faut éliminer immédiatement le trachome, car cette erreur entraînerait des conséquences thérapeutiques pour le moins inutiles. Dans le molluscum contagiosum, la conjonctivite prédomine nettement sur la conjonctive palpébrale *inférieure*, la conjonctive palpébrale supérieure reste pratiquement indemne. C'est un bon signe distinctif.

Il faut aussi éliminer tous les granulomes infectieux de la conjonctive, qui s'accompagnent de réactions ganglionnaires.

Le molluscum contagiosum palpébral ne donne en effet aucune réaction ganglionnaire. L'infection secondaire qui peut s'accompagner de fièvre n'est pas habituelle dans les complications oculaires du molluscum. Cependant nous citerons l'observation suivante :

(ROSENSTEIN)

Il s'agit d'un garçon de 13 ans, très sale, dont l'œil droit est rouge depuis 3 jours. Le début de la maladie date du 10 septembre 1928 avec œdème de la paupière et température à 37°8. A l'examen, on observe un œdème de la région oculaire, droite, de l'hémiface et du cou du côté droit. Les ganglions rétro-auriculaires et sous-maxillaires sont gros, indurés, et douloureux à la pression. Les mouvements du cou sont gênés et douloureux.

O. D. : Près du bord libre de la paupière supérieure et inférieure on voit quelques nodules disposés irrégulièrement.

Certains de ces nodules sont ombiliqués au centre. Paupières très œdématisées, ouverture spontanée des paupières impossible. Conjonctive bulbaire et palpébrale très injectée, cornée transparente. L'examen bactériologique du produit d'excrétion de ces nodules donne « très probablement un *molluscum contagiosum* ». On ne pourrait poser sûrement le diagnostic qu'après l'examen histologique de ces nodules, mais on n'a pas pratiqué cet examen. Après curettage des masses nodulaires l'œdème palpébral diminue, les ganglions régressent mais restent indurés, les mouvements du cou redeviennent possibles. Guérison après 8 jours.

Notons dans cette observation que le sujet présentait un peu de fièvre et que les ganglions sous-maxillaires et carotidiens furent pris, mais l'observateur nous dit que l'enfant était très sale et en réalité les symptômes décrits ci-dessus, sont tout à fait anormaux dans le *molluscum contagiosum*.

b). *En cas de kérato-conjonctivite* : Le diagnostic se pose avec le trachome et la confusion est possible.

La conjonctivite folliculaire s'accompagne d'une infiltration vasculaire de la cornée et d'un aspect qui fait penser au trachome. Mais il faudrait se méfier lorsque l'affection est unilatérale. De même qu'il existe un pseudo-trachome d'origine nasale, de même cet aspect peut être réalisé par le *molluscum contagiosum*.

c) *En cas de tumeur conjonctivale*

Ici le diagnostic n'est pas possible, seuls peuvent

nous guider d'autres nodules de molluscum contagiosum situés au voisinage. Seule la biopsie permettra de nous fixer sur la nature de la tumeur qui présente les mêmes caractères cliniques que les autres tumeurs palpébrales.

Biopsie

La biopsie montre une petite tumeur épidermique, dont l'aspect est tout à fait particulier. La description a été faite plus haut (v. 1^{re} Partie).

Étiologie et pathogénie

Comme nous l'avons dit les lésions cutanées sont contagieuses et inoculables. La question de la nature du virus a été traitée plus haut et nous voulons limiter cette étude à la pathogénie des lésions oculaires et envisager les rapports unissant les lésions cutanées aux manifestations kérato-conjonctivales.

Il existe :

- a) Des faits positifs.
- b) Des interprétations variables selon les auteurs.

a) LES FAITS POSITIFS

Il existe des conjonctivites folliculaires et des kérato-conjonctivites unilatérales associées à des nodules palpébraux, reconnus cliniquement et étiologiquement comme étant des molluscum contagiosum. Ces nodules siègent sur les paupières du côté de l'œil atteint. Ils peuvent être placés sur la face antérieure des paupières, généralement en contact des cils ou des sillons intermarginaux. Souvent, ils sont situés sur les bords libres des paupières. Ils entrent parfois en contact avec la conjonctive bulbaire pendant l'occlusion des paupières, mais cela n'est pas constant.

Fait capital, l'affection oculaire qui, auparavant, résistait longtemps à tous les traitements guérit très rapidement après l'ablation des nodules.

Il y a un rapport certain entre les nodules et les lésions oculaires. ELSCHNIG et après lui GIFFORD, CAVARA et VON PALPOLCZY ont insisté en effet sur les faits suivants :

— Dans la majorité des cas, la lésion oculaire est unilatérale et siège du côté des nodules de la paupière.

— D'autre part, la conjonctivite persiste tant qu'existe le molluscum et disparaît dès que ce dernier est enlevé.

— La guérison s'établit sans autre thérapeutique.

— Enfin, CAVARA insiste sur un argument clinique très important : les conjonctivites folliculaires, phlycténulaires et les kérato-conjonctivites unilatérales sont sous la dépendance d'une cause locale (palpébrale, lacrymale, nasale, sinusienne) et cela vaut surtout pour les conjonctivites folliculaires. C'est pour CAVARA un argument extrêmement solide en faveur de l'étiologie locale.

La majorité des auteurs partage cette opinion, seul HARMAN ne voit dans cette association qu'une coïncidence sans rapport de cause à effet.

CAVARA a essayé de donner à cette notion de « conjonctivite spécifique » une confirmation expérimentale, en recherchant si le contenu du nodule du molluscum contagiosum avait une action irritante sur la conjonctive et s'il était possible de reproduire expé-

rimentalement la conjonctivite folliculaire. La technique employée est simple : l'auteur place dans le sac conjonctival d'un individu sain le contenu de nodules de molluscum ; on peut triturer ces nodules et utiliser le broyat en solution physiologique instillé deux ou trois fois par jour. On peut aussi placer directement un nodule avec ou sans trituration préalable, dans le cul-de-sac conjonctival. Nous citerons le compte rendu des cinq expériences relatées par l'auteur.

EXPÉRIENCE 1. — Instillation dans le sac conjonctival de l'O. D. d'une femme de 62 ans, opérée de cataracte de l'autre œil, d'une émulsion de pulpe de molluscum en solution physiologique, pendant trois jours, deux fois par jour. A la fin de l'expérience, on observe une légère irritation de la conjonctive palpébrale inférieure et du cul-de-sac inférieur qui sont un peu épaissis.

EXPÉRIENCE 2. — Instillation dans le sac conjonctival d'une jeune fille de 18 ans, opérée de cataracte traumatique de l'autre œil, d'une suspension de pulpe de molluscum pendant sept jours, trois fois par jour. A la fin, irritation modérée à la partie inférieure de la conjonctive qui est un peu chémotique et soulevée en replis correspondant au fornix. Pas de follicules. Sécrétion fluide, agglutination des paupières.

EXPÉRIENCE 3. — Dans le cul-de-sac conjonctival de l'œil gauche d'une jeune fille de 24 ans atteinte d'une kératite lymphatique de l'œil droit, on place un nodule de molluscum. Bandage occlusif. On ne provoque aucune sensation de gêne par ce corps étranger. Au bout de 24 heures,

le nodule est retrouvé à l'angle interne avec hyperhémie légère du cul-de-sac inférieur et sécrétion presque fluide.

EXPÉRIENCE 4. — On triture un nodule et on en introduit le produit dans le cul-de-sac conjonctival d'une femme de 32 ans, porteuse d'un traumatisme cornéen de l'autre œil. Pansement. Au bout de 24 heures : irritation du cul-de-sac conjonctival avec catarrhe lacrymal.

EXPÉRIENCE 5. — On triture un nodule ; dilution en solution physiologique. Instillation à une femme de 25 ans atteinte de décollement. On n'obtient rien.

On n'a pas pu reproduire la conjonctivite folliculaire que l'on voit en clinique, mais seulement provoquer avec la pulpe d'un nodule, une irritation conjonctivale assez forte dans un cas. Il faut remarquer que l'expérimentation ne peut pas réaliser les conditions de la clinique ; le liquide introduit s'éliminant rapidement par les larmes, le contact est forcément très court. D'autre part, il n'est pas étonnant que les résultats ont été négatifs, leur lecture ayant été faite un à sept jours après l'instillation de l'émulsion de la pulpe du molluscum contagiosum ; En effet l'incubation de l'affection est de 5 semaines à plusieurs mois. Il était donc prématuré de tirer des conclusions peu de jours après l'expérimentation.

Rappelons qu'inversement, BURCHARDT a excisé quelques granulations conjonctivales et les a injectées sous la peau pensant reproduire le molluscum contagiosum, mais ces expériences sont restées négatives.

b) INTERPRÉTATION PATHOGÉNIQUE

Le mécanisme de ces lésions est complexe. Il est cer-

Le mécanisme de ces lésions est complexe. Il est certainement sous la dépendance de plusieurs causes.

1^o *Origine mécanique.*

ELSCHNIG pense que l'irritation de la conjonctive est d'origine mécanique et provoquée par la chute dans le sac conjonctival des débris épithéliaux provenant du molluscum. Pour CAVARA de même, l'origine par irritation mécanique par chute d'éléments épidermiques dans le cul-de-sac conjonctival semble probable.

GIFFORD estime que le prurit provoque le grattage du nodule et qu'ainsi la sécrétion irritante de ce dernier se trouve transportée dans le cul-de-sac où il irrite la conjonctive.

Cependant, remarquons qu'il faut que les nodules siègent dans le sillon inter-marginal et que la chute des débris soit répétée, car très rapidement le clignement et la circulation des larmes repoussent les cellules desquamées vers l'extérieur avant qu'elles aient pu rester longtemps au contact de la muqueuse.

2^o *Origine réflexe.*

ELSCHNIG émet l'hypothèse que la lésion conjonctivale serait d'origine réflexe. De même que dans d'autres cas ce sont des papillomes du bord palpébral ou bien l'eczéma des paupières qui provoquent une

conjonctivite, de même le molluscum contagiosum pourrait agir par un mécanisme réflexe identique sur la conjonctive. Cependant, cette hypothèse ne peut être soutenue dans les cas où les éléments épidermiques siègent à distance du bord ciliaire.

3^o *Origine inflammatoire.*

Le virus filtrant de l'affection serait dans quelques cas la cause directe des lésions conjonctivales. Les deux observations de BALLABAN et de REDSLOB ont en effet mis en évidence une tumeur molluscoïde de la conjonctive semblable à celle de la peau. De même à un nodule palpébral situé à distance de la marge peut s'associer une lésion spécifique de la conjonctive. Cependant les tentatives d'inoculation ont échoué, mais cela ne peut pas être un argument décisif, car l'expérimentation ne saurait pas réaliser toutes les conditions de la maladie (CAVARA).

Peut-être de nouvelles expérimentations et leur observation plus prolongée donneront-elles des résultats plus positifs.

GIFFORD nie l'origine inflammatoire de la conjonctivite parce qu'il n'y a pas inflammation autour du nodule lui-même.

Il faut signaler enfin que les molluscum à forme de tumeur de la conjonctive, n'ont provoqué aucun phénomène irritatif, alors qu'ils siégeaient sur la muqueuse elle-même, fait paradoxal et assez troublant.

Aussi a-t-on pensé, en cas de kératite surtout, qu'il pouvait s'agir d'une lésion à germes banaux, non

pathogènes, rendus virulents par l'inflammation de la muqueuse conjonctivale. Il n'a pas été donné de preuves définitives à l'appui de cette hypothèse.

4^o *Origine allergique.*

ELSCHNIG constatant l'allure parfois phlycténulaire ou eczémateuse de la conjonctivite ou de la kératite, pense que dans ces cas, le terrain joue un rôle très important. Il en résulte une irritation qui provoque chez un homme sain une conjonctivite simple, peut provoquer chez un homme à disposition spéciale (diathèse exsudative) un état phlycténulaire typique. Il y aurait ainsi une véritable réaction de sensibilisation et la multiplicité des aspects réalisés plaide en faveur de l'origine allergique de ces lésions. D'ailleurs, on a pu démontrer le même rôle du terrain pour le pneumocoque et le bacille de Weeks.

En résumé, les mécanismes d'action du molluscum contagiosum sur l'appareil oculaire semblent être multiples.

CONCLUSIONS

I. — Le *molluscum contagiosum* est une affection caractérisée par de petites tumeurs cutanées, en général multiples, indolentes, contagieuses et bénignes.

II. — Les nodules seraient dus à un virus filtrant d'origine encore inconnue et qui provoque les modifications profondes dans les cellules épidermiques.

III. — Le *molluscum contagiosum* peut siéger sur les paupières et en particulier sur leur bord libre. Dans ce cas, on a décrit des lésions oculaires variées, souvent sérieuses.

IV. — Ces lésions sont par ordre de fréquence :

a) Les conjonctivites : soit simples, soit folliculaires.

b) Les kératites qui peuvent être soit superficielles et limitées, soit de véritables ulcères de la cornée, soit accompagnés d'une forte réaction irienne.

c) Les tumeurs conjonctivales.

V. — L'origine molluscoïde de ces affections oculaires est affirmée par :

- a) Leur unilatéralité habituelle,
- b) La coexistence du même côté d'un *molluscum contagiosum*, souvent délicat à trouver,
- c) La résistance de l'affection oculaire à tous les traitements symptomatiques et sa disparition rapide après l'ablation du nodule.

VI. — L'action du *molluscum contagiosum* peut s'expliquer :

— Soit mécaniquement, soit par réflexe, soit par progression de l'affection à l'œil.

VII. — De même que les nombreuses affections à virus inconnu (herpès) touchent facilement la conjonctive et la cornée, le *molluscum contagiosum* peut être à l'origine des lésions kérato-conjonctivales.

VIII. — Il est probable que les lésions oculaires dues au *molluscum contagiosum* sont plus fréquentes qu'on ne le pense.

Aussi, devant toute conjonctivite simple ou folliculaire, unilatérale et rebelle, surtout à localisation inférieure, et qui ne fait pas la preuve de son origine lacrymale, nasale, ou palpébrale, on doit systématiquement rechercher parmi les autres causes locales, la possibilité d'un *molluscum contagiosum*. Il faudra

examiner attentivement le bord libre des paupières, l'ablation de nodules souvent très petits entraîne rapidement la guérison définitive de l'affection oculaire.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président de Thèse,*
F. TERRIEN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALBANESE. — Recherches des inclusions épithéliales dans la conjonctive normale et dans les différentes variétés d'inflammation conjonctivale (*Ann. ocul.*, 2, p. 243-251, 1911).
2. AUBINEAU. — Trois cas de molluscum contagiosum (*Bull. S. O. P.*, p. 273-277, 1900).
3. BALLABAN. — Molluscum contagiosum der Augapfel-Bindehaut (*Ein Unicum*, 47, p. 180, 1903).
4. BURCHARDT. — Ueber die Ursache und Behandlung der Koernerkrankheit des menschlichen Auges (*Hirschf. Zbl.*, Aug. 21, p. 33-39, 1897).
5. BRAIN. — Viruses and skin diseases (*Brit. M. J.*, 2, pp. 191-194, 1933).
6. CAVARA. — Le congiuntiviti da mollusco contagioso della palpebra (*Bol. ocul.*, 3, p. 1-23, 1924). Reproduzione sperimentale della congiuntivite da mollusco contagioso (*Atti Acad. Pisio.*, 3, 673, 1929).
7. CHALMERS et MACDONALD. — 2 Molluscum contagiosum (*J. trop. méd. hyg.*, 24, 69-73, 1921).
8. CIPOLA. — Contributo clinico anatomopatologico ed etiologico alla conoscenza del « mollusco contagioso » (947, 1923).
9. CLARKE. — A note of molluscum contagiosum (*Brit. J. Derm. et Syph.*, 35, p. 24-29, 1923).
10. DARIER. — *Dermatologie*, 920, 971.
11. ELSCHNIG. — Molluscum contagiosum und Conjunktivitis follicularis (*Wien. kl. Woch.* 943, 1897). The significance of molluscum contagiosum as a etiological factor of conj. and corn. dis. (*Arch. of Ophth.*, 51, p. 237-238, 1922).

12. FLEISCHER. — Molluscum contagiosum des Lides in ungewöhnlicher Form. (*Klin. Mbltt. f. Aug.*, 88, p. 13-14, 1932).
13. GARGANO. — Nuove ricerche sul M. C. di Bateman (*Giorn. ital. mal. ven. et pelle*, 63, 1141-1163, 1922).
14. GIFFORD (H. S.). — Molluscum conjunctivis (*Arch. of opht.*, 50, p. 227-233, 1924).
15. GOODPASTURE. — Cellular inclusions and etiology of virus diseases (*Arch. of Path.*, 114, 1929).
16. GOERL. — Eine Infektionsquelle für M. C. ? (*Münch. med. Wsch.*, 83, p. 1589-1590, 1936).
17. HARMAN. — *The Conjunctiva*, N. Y., 1905.
18. ISCHREY. — Ueber Veränderungen des Conjunktival-Epithels bei Trachom (*Hsch. Zblatt.*, Aug., 21, 200, 1897).
19. LIPSCHÜTZ (B.). — Die Aetiologie des M. C. (*Med. KL.*, Berlin 1913. Ueber sichtbare filtrierbare Virusarten (Strongyloplasma) (*Zbt. f. Bak.*, 1908. Zur Kenntnis des M. C. (*Wien. kl. Wsch.*, 20, 253, 1907).
20. KINGERY. — The histogenesis of molluscum contagiosum (*Arch. dermat. Syph.*, 2, 144, 1920).
21. MITTENDORF. — Two epidemics of M. C. (*Ann. oph. Soc.*, 262, 1887).
22. MORAX. — *Rapp. S. F. O.*, 1932.
23. NICHELATTI. — Contributo allo studio delle congiuntiviti de mollusco contagioso delle palpebre (*Lett. oft.*, 5, 222, 1928).
24. O'BRIEN C. S. and A. E. BRALEY. — Common Tumours of the eyelids (*J. amer med. assoc.*, 107, 933, 1936).
25. OFRRET et DUPPERAT. — Manifestations oculaires du molluscum contagiosum (*Arch. opht.*, nov. 1938).
26. PAPOLCZY (V.). — Ueber Molluscum-konjunktivitis (90, 519, 1933).
27. PASCHEFF (C.). — Les hyperplasies chroniques de la conjonctive et le vrai trachome. (*Arch. Opht.*, 47, 821, 1930).
28. PETERS. — Zur Behandlung der Bindehautkatarrhe (*Klin Mon.*, Aug., 33, 370, 1895).
29. RAVAUT et FERRAND. — *Nouv. prat. dermat.*, t. IV, 1937.
30. REDSLOB. — M. C. à localisation exceptionnelle (*Bull. S. O. P.*, 315, 1927).
31. REYMOND. — VI^e Congrès intern., Milan, p. 418, 1879.

32. ROSENSTEIN. — Molluscum contagiosum der Lider (*W. klin. Wochenschrift*, 84, 207-208, 1934).
33. ROSTKOWSKI (L.). — La conjonctivite folliculaire présente-t-elle une morbidité particulière ? (*Rev. int. Trach.*, 14, 262, 1937).
34. SANFELICE. — Recherche sur la genèse des corpuscules du Molluscum contagiosum (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, 363, 1918).
35. SCHAFFER. — *Inaug. Dissert.*, Bonn, 1901.
36. SEVČUK. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique du M. C. (*Zbt. f. Opht.*, 26, 672, 1932).
37. STEFFAN. — Zur Aetiologie des Bindehautkatarrhes (*Klin. Mon.*, Aug., 33, 457, 1895).
- TERSON. — Molluscum contagiosum palpébral (*Bull. S. O. P.*, 242, 1906).
38. TOURAINE et DUPERRAT. — Dermatoses par ultra-virus. *Encyclop. Méd.-Chirur.*, fasc. 12028, p. 6-8, 1936).
39. TZANCK-OFFRET-DUPPERAT. — Kérato-conjonctivite du « Molluscum contagiosum » (*Sté Derm. et Syph.*, 261, 1938).
40. VITO (P.). — Sulle congiuntivite da verruca del bordo libero della palpebra (*Bol. ocul.*, 15, 627, 1936).
41. WECKER (de). — Molluscum contagiosum am Lidrand (*Klin. Med. Aus.*, 34, p. 64, 1896).
42. WECKER et LANDOLT. — *Traité complet d'ophtalmologie*, 1, 119, 1880.
43. WILCZEK. — Molluscum contagiosum et le trachome (*Klin. oczyna*, 12, 711, 1934).

Imprimé par R. BUSSIÈRE
à Saint-Amand (Cher), France. — 21-6-1939.
